

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE BICHAT - BEAUJON

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

CISSÉ Alexandre

Né le 4 Septembre 1929, à Grand-Bassam
(Rép. de Côte-d'Ivoire).

Présentée et soutenue publiquement le

LIPOMES COLIQUES.
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES
A PROPOS D'UNE OBSERVATION.
(LIPOME COLIQUE DOUBLE DU COLON GAUCHE
CHEZ UN AFRICAIN DU GABON).

Président : Mr. Maurice PAYET, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS (6^e)

1971

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE BICHAT - BEAUJON

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

CISSÉ Alexandre

Né le 4 Septembre 1929, à Grand-Bassam
(Rép. de Côte-d'Ivoire).

Présentée et soutenue publiquement le

LIPOMES COLIQUES.
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES
A PROPOS D'UNE OBSERVATION.
(LIPOME COLIQUE DOUBLE DU COLON GAUCHE
CHEZ UN AFRICAIN DU GABON).

Président : Mr. Maurice PAYET, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1971



EN MEMOIRE DE MES CHERS PARENTS

A MA FEMME

dont l'abnégation et la
tendresse ont fortifié
ma foi dans l'avenir.

A MES ENFANTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Maurice P A Y E T

Professeur de Clinique épidémiologique
et Médecine africaine
à la Faculté de Médecine Bichat - Beaujon

Membre du Conseil Scientifique
de l'Institut d'Epidémiologie
et de Médecine tropicale

Médecin de l'Hôpital Cl. Bernard

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse ;

Qu'il veuille trouver ici
le témoignage de ma profonde
admiration et de ma respec-
tueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur AZAT - THIERRE

Radiologiste de l'Hôpital Cl. Bernard

Qui a bien voulu me confier
le sujet de cette thèse ;

Qu'il trouve ici l'expression
de ma profonde gratitude et
de ma très grande reconnais-
sance pour la confiance qu'il
m'a témoignée.

A Monsieur le Docteur Robert TOD

Attaché de Radiologie à l'Hôpital Cl. Bernard

Pour l'intérêt qu'il a bien
voulu témoigner à cette thèse
et les conseils si vivifiants
qu'il m'a adressés ;

Qu'il trouve ici l'expression
de mon respectueux attachement.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT
D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE MÉDECINE AFRICAINE ET TROPICALE

A Mademoiselle Michèle FROUTE,

dont la collaboration inestimable m'a permis de présenter ce travail ;

Qu'elle trouve ici, avec mes remerciements les plus chaleureux, l'expression de ma profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

A propos d'une observation de lipome colique remarquable par son caractère double et sa survenue chez un sujet de race noire dans le cadre clinique d'une infestation parasitaire du tube digestif, il nous a paru utile de faire le point des connaissances actuelles sur ces tumeurs coliques qui ne laissent pas de susciter dans l'esprit du praticien le doute quant à leur évolution bénigne. Etant donné leur coexistence toujours possible avec d'autres tumeurs malignes, d'autant que les lipomes coliques sont plus fréquents dans la tranche d'âge où le cancer est plus souvent dépisté, c'est-à-dire entre quarante et soixante-dix ans. Les lipomes coliques constituent une affection rare, comme en témoigne la place restreinte que leur réserve la littérature, encore que leur fréquence prédomine parmi les tumeurs bénignes du colon, après toutefois les adénomes coliques.

Tumeur bénigne donc, à symptomatologie fruste, imprécise, souvent révélée par une complication pouvant mettre en danger la vie du malade, mais qui, par sa rareté, constituait surtout une curiosité scientifique pour les anciens cliniciens.

Or, depuis une vingtaine d'années, nombre de facteurs sont intervenus qui modifient profondément cette attitude.

1°) - L'éducation sanitaire des populations mettant à profit les moyens audio-visuels les plus modernes.

2°)- La phobie du cancer qui a conduit à la multiplication des explorations radiologiques, soit à la demande du médecin traitant ou du malade lui-même, soit à l'occasion des examens périodiques de la médecine du travail.

3°)- Les explorations nécropsiques systématiques.

4°)- Le perfectionnement même des techniques radiologiques qui permettent d'appréhender et de discriminer mieux les différentes tumeurs coliques.

Je dois à la bienveillance de mon maître le Dr. AZAT-THIERREE et à celle du Dr. TOD de pouvoir publier ce nouveau cas de lipome colique.

En l'occurrence, je reprendrai l'historique des publications. A la lumière des différentes observations rapportées et des techniques radiologiques sans cesse améliorées, je tenterai de dégager les éléments susceptibles d'orienter plus aisément le diagnostic des lipomes coliques et de dicter, dans ce cas précis, une conduite thérapeutique chirurgicale toujours nécessaire et toujours économique.

Par ailleurs, le fait de l'existence du lipome colique, chez un malade longtemps traité pour des troubles du transit mis sur le compte d'une amibiase chronique, n'est pas dénué d'intérêt. En outre, certains auteurs, dont mon maître le Professeur PAYET, pensent qu'il existe un rapport étroit de causalité entre l'amibiase chronique et l'existence d'anomalies anatomiques du colon : mégacolon, colon diverticulaire, etc...

Pour notre part, nous rapportons un cas de lipome colique double survenu chez un sujet de race noire vivant en milieu d'endémie parasitaire et forcément polyparasité.

C'est donc dans l'esprit de l'hypothèse émise par ces derniers auteurs que l'examen radiologique a été demandé pour notre cas. Or, au lieu de diverti-

culose, la radio a visualisé un lipome double localisé sur le colon descendant. Il y a là une étiologie qu'il conviendrait d'évoquer en présence de cas de troubles du transit avec un diagnostic qui ne fait pas sa preuve étiologique.

Il est évident que, dans cette revue générale, nous n'avons pu réunir tous les cas mondiaux. En particulier, les publications russes et chinoises nous ont fait défaut.

Par ailleurs, nos recherches pour trouver d'autres cas de lipome colique dans ses intrications avec certaines parasitoses du tube digestif sont restées vaines.

Toutefois, nous considérons que notre observation qui, dans le cas particulier, constitue une étude princeps, peut être une voie d'approche intéressante, tant diagnostique que thérapeutique, dans les troubles du transit digestif en milieu d'endémie parasitaire.

HISTORIQUE

C'est BAUER de Lausanne qui, en 1757, publie la première observation de lipome du tube digestif dans "Epistola de molis intestinalium".

En 1863, VIRCHOW, dans son "Traité d'Anatomie pathologique", en rapporte de nouvelles observations.

MECKEL, en 1878, SANGALLI, en 1860, apportent leur contribution à la connaissance de ces tumeurs.

En 1883, CLOS, dans sa thèse, présente les six cas connus en France et dont trois sont des lipomes d'expulsions spontanées.

HILLER, en 1899, réunit 23 cas de lipomes digestifs. Mais c'est en 1909 que STETTEN présentera une étude très complète portant sur 76 cas de lipomes dont 36 de siège colique.

En 1924, P. et A. DEROCQUE reprennent les travaux de STETTEN et groupent 104 cas de lipomes gastro-intestinaux dont 52 de siège colique.

En 1931, COMBORT réunit 28 cas nouveaux dont 5 chirurgicaux. Cet auteur signale, après P. et A. DEROCQUE, en y insistant, la fréquence d'une complication propre à ce type de tumeur, l'invagination intestinale. Il est en outre l'un des premiers, avec ELIASON et WRIGHT, à pratiquer au cours d'autopsies des recherches systématiques de lipomes au niveau du tube digestif. Il découvrira ainsi, sur 3.930 autopsies, 24 lipomes sous-muqueux dont 11 localisés sur

le colon et le rectum.

En 1934, POSTON réunit 242 cas ; PEMBERTON, en 1937, rapporte 3 cas cliniques.

En Allemagne, ODSREIL publie, en 1939, trois curieuses observations d'expulsions spontanées de lipomes.

En 1960, J. DAVID rapporte 276 cas, publiés et opérés.

Aux U.S.A. :

Nous citerons la contribution des auteurs suivants :

- GAULT et KAPLAN, 1941.
- SCHOTTENFELD, 1943 : "Traité des lipomes de l'intestin grêle".
- RUNYEON, 1946.
- STAPLETON, 1949.
- PALAZZO, 1949, qui étudie les critères du diagnostic radiologique.
- BIGELOW et AULYAN, 1949, qui présentent 6 observations.
- GRIES, 1949, reprend le cas de la Mayo-Clinic.

Certains auteurs ont étudié plus particulièrement les critères du diagnostic radiologique ; ce sont :

- PALAZZO, 1949.
- HENDERSON, 1951.
- ROGERS, 1954.
- WOLFF, 1956.
- SEGAL, 1966.

D'autres ont contribué à l'étude statistique et anatomo-pathologique par des nécropsies systématiques :

- COMBORT, 1931.
- SCHOTTENFELD, 1943.
- CAMPAS FILHO, 1949.
- LONG et DOCKERTY, 1949.
- STAEMMLER.

- ELIASON et WRIGHT, 1929.
- KIRSHBAUM et STEMLER, 1935.
- Pedre de SUNZA Campes, 1949.

Enfin, BOUSSON recommande l'usage d'un rectos-cope stérile pour une endoscopie per-opératoire à travers une colotomie vers l'amont et vers l'aval qui permettra de découvrir la tumeur, de préciser ses caractères et éventuellement de trouver d'autres lipomes.

En France, nous signalons les travaux de P. et A. DEROCQUE, 1925, déjà cités. 104 cas de lipomes sous-muqueux du tractus digestif ;

- GUEULETTE.
- D'ANELLA TOURENC, 1937.
- DIDIER, 1938.
- MICHAUX, 1951, Thèse, 184 cas.
- DEBRAY et coll., 1963, 70 observations.
- DARGENT et FAIDUTTI, 1964, 1 cas.
- P. BUNEL, Thèse, Paris, 1967, 3 cas.
- DAVY, MARTIN et BUNEL, 1968, 3 cas.
- P. BERTRAND et coll., 1969, 3 cas.

O B S E R V A T I O N S

NOTRE OBSERVATION *****

Monsieur AMB..., âgé de 45 ans, originaire de la République du Gabon (Afrique Equatoriale), marié, père de quatre enfants, vient consulter pour des troubles colitiques étiquetés "amibiase chronique".

L'interrogatoire révèle que, depuis plusieurs années, Mr. AMB... souffre de troubles digestifs qu'il décrit ainsi :

Sur un fond permanent d'état saburral des voies digestives, surviennent épisodiquement :

- des nausées non accompagnées de vomissements ;
- alternance de constipation et de diarrhée, trois à quatre selles par jour, liquides, glaireuses, parfois striées de sang (Les selles ne sont jamais franchement sanglantes) ;
- ténesmes et épreintes ;
- le bas-ventre est douloureux, douleurs sourdes, diffuses, sans rythme particulier, avec des paroxysmes fugaces.

Un lavement baryté fait à l'époque n'a montré aucune image suspecte.

Parfois, surviennent des douleurs lombaires isolées.

Il se sent fatigué et dit avoir maigri.

Il n'a jamais craché de sang.

Dans ses antécédents :

- dysenterie amibienne il y a 15 ans, efficacement traitée au Centre hospitalier local. Cinq ans plus tard, rechute également jugulée par une cure émétinienne bien conduite.

- De temps à autres, légers troubles du transit qu'il ne peut formellement mettre sur le compte de l'amibiase, d'autant que les examens coprologiques sont négatifs.

EXAMEN CLINIQUE :

L'observation montre un sujet amaigri. Perte de poids non précisée. Nette altération de l'état général avec labilité concomitante du terrain neuro-végétatif. Pas de stigmates cutanés évocateurs d'une parasitose cutanée quelconque. Abdomen plat, respire normalement, ne garde pas le pli. Pas de circulation collatérale ; n'offre rien à l'observation à jour frisant.

Cage thoracique de conformation normale.

Organes génitaux externes normaux.

Palpation :

Douleurs sourdes, diffuses, sous-ombilicales, légèrement plus vives à gauche, lors de la palpation appuyée, avec vague sensation d'empâtement profond.

Orifices herniaires libres. Foie et rate non palpables. Les fosses lombaires sont libres. Au toucher rectal, prostate parfaitement souple, doigt explorateur non imprégné de sang.

L'auscultation abdominale et cardio-pulmonaire est normale.

E.C.G. : normal ; la tension artérielle est de 14/9. Pouls : 76 battements à la minute. Les réflexes ostéo-tendineux sont un peu vifs. Le cutané plantaire en flexion.

Devant ce bilan clinique peu expressif, une série d'examens de laboratoire est demandée :

1- Bilan hépatique normal.

2- Examen parasitologique des selles négatif:

a- Examen direct :

- . pas d'amibes
- . pas d'oeufs
- . pas de flagelles.

b- Mif coloration :

- . pas d'amibes.

c- Concentration de Baillenger :

- . absence d'oeufs d'helminthes.

3- Examen des urines :

- . pas d'albumine
- . pas de sucre
- . pas de corps cétoniques.

Cytobactériologie urinaire négative. Pas de cristaux. Cultures stériles, absence d'oeufs de bilharzies.

U.I.V. : discret rapprochement des uretères.

L'hémogramme montre une légère anémie à 3800.000 globules rouges, sans modification significative de la formule sanguine ; 5 % d'éosinophiles, ce qui est habituel chez les sujets de race noire.

Le B.W. est négatif.

V.S. : 4 mm à la première heure.

Urée sanguine : 0,35 g.

Rectoscopie :

Exploration jusqu'à 25 cm. : la muqueuse est congestive sur toute la hauteur explorée, sans autres

anomalies. Le prélèvement examiné extemporanément est négatif.

Radiographie pulmonaire, face, profil droit et gauche : images thoraciques normales.

Au total, à ce stade de nos investigations tant cliniques que biologiques, nous pouvions conclure :

- soit à des phénomènes de recto-colite chez un grand neurotonique ;

- soit à une colite bipolaire évacuatrice de séquelle d'amibiase.

En fait, il n'en était rien, puisque le lavement baryté demandé et pratiqué quelques jours plus tard devait nous donner la solution étiologique du problème. Sur les clichés, deux images caractéristiques :

= En réplétion :

La première image a la forme d'un gros oeuf, ovulaire à grosse extrémité en bas et en dedans. Le grand axe, oblique en haut et en dehors. Il mesure 5 cm/4 cm. Transparent, à contours réguliers, nettement cerné par un liseré opaque. Il apparaît plus large que le boyau. Se projette au niveau du détroit supérieur gauche.

La seconde, plus volumineuse, 6 cm/6 cm, annulaire, de la taille d'une mandarine, moins transparente, se projette au pied de la sacro-iliaque droite.

= En évacuation :

La première se situe dans la fosse iliaque droite. On y observe des cloisons de refend.

La seconde se situe au milieu du pelvis.

Devant ces images, on évoque la possibilité de tumeurs bénignes.



RÉPLETION



EVACUATION

Le malade est confié au chirurgien. Ablation simple. L'examen histologique des deux pièces opératoires conclut à un double lipome colique. Les suites opératoires sont simples. Un contrôle radiologique à la sortie du malade montre une image colique normale. Revu six mois plus tard, le malade déclare se porter à merveille. Il ne souffre plus du ventre, il n'a plus de troubles du transit. Il a repris du poids.

o o

AUTRES OBSERVATIONS DE LA LITTÉRATURE

N° 1

Mme J..., malade d'une quarantaine d'années, est examinée d'urgence pour un syndrome occlusif qui dure depuis 24 heures. Il y a de violentes douleurs dans la partie basse de la fosse iliaque gauche et un arrêt des matières et des gaz. En même temps, sont apparues des épreintes et du ténesme rectal et vésical. L'abdomen est météorisé et douloureux dans son ensemble. Il n'y a aucune masse perceptible. Sur le côté droit de l'anus, apparaît une tumeur sphacélée de la taille d'une noix, extrêmement fétide, qui fait penser à un polype nécrosé ou à une volumineuse thrombose hémorroïdaire. La malade est immédiatement hospitalisée.

Sous anesthésie générale, on se rend compte que la petite tumeur anale n'a aucune connexion avec l'anus. Après dilatation de celui-ci, on amène une seconde tumeur, libre également, dont le volume est énorme. C'est celui d'une tête d'enfant à terme. Elle est pourtant assez facilement extraite, parce qu'elle est un peu molle et qu'elle se laisse laminer. L'aspect macroscopique est celui d'un lipome spontanément éliminé.

A l'interrogatoire, on avait appris des faits

intéressants : depuis quinze jours, il y avait des douleurs abdominales évoluant par crise à type de colique. Huit jours auparavant, un médecin vénitien avait découvert une tumeur mobile de l'hypochondre gauche sous-costale. Quelques jours après, à Pise, un deuxième médecin retrouvait la même tumeur, mais celle-ci avait migré vers la fosse iliaque gauche. Un degré de plus et la tumeur s'était engagée dans le pelvis. Les suites opératoires furent simples.

La radiographie post-opératoire, quatre jours après l'intervention chirurgicale, montre une image colique tout à fait normale.

Pièce opératoire : La masse éliminée par le rectum est très volumineuse (une tête d'enfant à terme). Elle est fétide, sphacélée par places et un peu mollassse. A la coupe, elle a l'aspect d'une masse adipeuse lobulée par des tractus conjonctifs.

Au microscope (Dr. DAUMAS), la masse est formée d'un tissu conjonctivo-adipeux important, inclus dans une sérosité mucoïde. Les cellules adipeuses sont normales, sans atypies ; les travées collagènes sont scléreuses sans infiltrat inflammatoire notable. La muqueuse qui borde la tumeur est nécrotique par places. Les contours cellulaires sont indistincts, mais les cellules ont conservé leur orientation. Il n'y a aucun signe de malignité. Il s'agit donc d'un énorme lipome qui s'est détaché spontanément du colon et qui a été accouché par le rectum.

(Dr. PRAT - Nice - Rapporté par
Pr. DEBRAY et coll. - Paris, 1963).

o o

N° 2

Mme Fr..., 48 ans, accuse depuis 6 à 7 ans des épisodes colitiques avec douleurs diffuses et épisodiques diarrhéiques. Jamais d'hémorragie. Un examen baryté du cadre colique n'aurait rien ré-

vélé en Juillet 1963. Par contre, amaigrissement de 8 kg. bien supporté (La malade était obèse).

L'examen note une douleur mal localisée dans la fosse iliaque droite, avec une vague sensation d'empâtement profond. Au T.V., on découvre une masse rétro-utérine du volume d'une orange et qu'on interprète comme un kyste de l'ovaire.

Un lavement baryté, pratiqué le 10 Septembre 1963, objective, à trois travers de doigt au-dessus du bas-fond caecal, une image lacunaire du volume d'une prune, siégeant sur le bord externe du colon.

Il n'y a pas d'image de pédicule. Par contre, l'image est cernée d'un fin liseré et apparaît de forme variable selon les clichés : tantôt arrondie, régulière, tantôt plus ovalaire ou aplatie, mais à bords toujours très nets. Sur les clichés en évacuation, on ne relève aucune image anormalement claire ; la densité semble identique à celle des tissus environnants. Par ailleurs, l'image est topographiquement fixe.

Devant ces images, on évoque la possibilité d'une tumeur bénigne et l'on décide d'intervenir.

Le 4 Octobre 1963, intervention : A. G. laparotomie oblique iliaque droite avec section de l'égastrique. On trouve :

1°)- un kyste de l'ovaire gauche, du volume d'une grosse orange : ovariectomie gauche ;

2°)- une masse très souple, difficile à préciser quant à ses limites et semblant faire corps avec la valvule de Bauhin.

a)- Caécotomie : la valvule de Bauhin est surélevée, semblant amorcer une évagination ; un peu oedémateuse, mais sans tumeur. Fermeture en trois plans de la caécotomie.

b)- Décollement colo-pariétal droit : on tombe sur un lipome rétro-caecal du volume d'une savonnette qui est facilement énucléé.

3°)- Appendicectomie.

4°)- Fermeture pariétale en trois plans.

Suites opératoires :

- Localement : suites simples.

- Le 12 Octobre 1963 : légère douleur à la face interne de la cuisse gauche qui entraîne un traitement au pendione.

- Le 17 Octobre 1963, un transit baryté ne montre plus aucune image lacunaire.

(Observation Marcel DARGENT - Société de Gastro-entérologie de la Région lyonnaise, 1964).

o o

N° 3

Mme X..., âgée de 50 ans, se plaint depuis six mois environ de douleurs sous-ombilicales nettement latéralisées à gauche. Ces douleurs, très tolérables, un peu lancinantes, à paroxysmes brusques et fugaces, s'accompagnent de pesanteur et de gêne post-prandiales. La malade a perdu l'appétit et l'amalgissement est sensible. Par ailleurs, elle n'a jamais eu de vomissements ni de crises occlusives avec arrêt des gaz ni d'hémorragies. Elle a toujours eu au moins une selle quotidienne normale. Rien à signaler dans les antécédents.

L'examen clinique est négatif. On pratique un lavement baryté. Le colon s'injecte normalement jusqu'à la partie droite du transverse. La baryte dessine alors une tumeur lobulée qui remplit la lumière intestinale, puis passe en amont et injecte incomplètement l'angle droit et pas du tout le caeco-ascendant. Celui-ci est rempli par des gaz, mais non distendu.

Il faut remarquer les contours précis, bien

arrondis, marqués par un liseré de la tumeur. Sa forme circulaire est lobulée, sa transparence franche, avec quelques imprégnations barytées correspondant aux faces antérieure et postérieure. Cette transparence peut presque être comparée à celle donnée par la présence de gaz. Enfin, l'absence d'obstruction et de distension gazeuse en amont.

Un tel aspect radiologique, montrant une tumeur importante nettement limitée, chez une malade à l'état général satisfaisant, a fait porter le diagnostic de tumeur bénigne.

La malade fut opérée le 15 Septembre 1950. L'intervention permit l'ablation d'une masse graisseuse à pédicule court situé dans le colon transverse droit.

L'examen histologique confirme l'impression donnée par la pièce opératoire : il s'agissait d'un lipome sous-muqueux sans aucun caractère de malignité.

(Observation rapportée par MICHAUX -
Thèse, 1951, Paris).

o o

N° 4

Mr. BL..., 67 ans, souffre depuis de longues années d'une constipation qui s'aggrave peu à peu, entrecoupée de périodes diarrhéiques, qui sont dues pour une bonne part à des laxatifs. Un lavement baryté fait en 1947 ne révèle aucune anomalie.

Brutalement, le 25 Janvier 1958, survient le matin, pour la première fois, un tableau occlusif : douleurs atroces, à type de crampe siégeant dans la région sous-ombilicale droite, irradiant en ceinture vers le haut de l'abdomen. Il n'y a pas de vomissements ni de nausées, mais un arrêt des matières et

des gaz. Le malade est hospitalisé d'urgence dans le service. Le soir, le transit reprend, tandis que la fièvre s'élève à 38°.

L'examen clinique ne révèle rien d'anormal. L'abdomen n'est pas météorisé ; il n'est pas douloureux à la palpation ; les orifices herniaires sont libres. Le foie et la rate sont normaux. Le reste de l'examen est négatif. Le coeur est normal. La T.A. est de 15-9.

Un premier lavement baryté découvre une légère sigmoïdite ; surtout, on note à la partie moyenne du transverse, sur le bord supérieur, une image lacunaire qu'une deuxième série va préciser. Cette image est grosse comme un oeuf de pigeon, ovalaire, mesurant 4 cm de long sur 2 cm de large. Elle n'est pas lobulée ; elle paraît tout à fait lisse ; sur certains films en réplétion, elle semble entourée par une coque barytée un peu plus dense que le reste de la colonne opaque. Cette lacune a un pédicule qui s'insère sur le bord supérieur du colon. Elle est un peu mobile, en battant de cloche : tantôt elle remonte vers l'amont, son grand axe étant oblique en bas et à droite ; tantôt elle prend une obliquité inverse, en bas et à gauche. Elle se projette sur le flanc droit de la première vertèbre lombaire.

Fait essentiel, la morphologie de cette lacune n'est pas tout à fait la même sur tous les clichés. Elle se déforme quelque peu. Sur l'un des films, elle perd son caractère ovalaire pour devenir arrondie avec un pédicule.

Au voisinage, il n'y a aucune rigidité. Le plissement muqueux colique reste régulier. Après insufflation, la tumeur n'est pas visible dans la transparence gazeuse ; à son niveau, les clichés ne montrent pas d'hyperclarté. On n'en découvre pas non plus, ni sur les films d'U.I.V. demandés pour d'autres raisons.

Le diagnostic de tumeur bénigne du colon est

porté. Les douleurs s'expliquent par une invagination qui s'est réduite d'elle-même.

Le bilan général pré-opératoire est négatif. V.S. : 3 mm à la première heure ; 4.160.000 hématies ; 10.800 leucocytes avec 78 pour 100 de polynucléaires neutrophiles ; 13 pour 100 de lymphocytes ; 9 pour 100 de monocytes. L'urée sanguine est de 0,20 gramme. L'ECG est normal.

Le malade est alors confié au chirurgien et il est opéré le 25 Février 1958. A notre grand désappointement, l'exploration manuelle du colon transverse est négative. L'exploration digitale de la cavité colique, faite après une colotomie de 5 cm, est aussi négative. Mieux encore, l'exploration au rectoscope, en amont et en aval de cette colotomie, sur une dizaine de centimètres, est également négative. Aucune tumeur n'est retrouvée. La brèche de la colotomie est alors refermée. Un lavement baryté, fait quelque temps après cette exploration, montre pourtant toujours la même image.

Devant cette persistance et malgré l'absence d'aucun symptôme nouveau, on décide une nouvelle intervention exploratrice. Elle est pratiquée le 20 Août 1958. Le colon transverse est extériorisé. On palpe alors une masse de consistance molle, implantée sur le bord mésocolique. Le colon est incisé sur une bandelette. La tumeur, qui est recouverte d'une muqueuse macroscopiquement normale, est alors réséquée avec la muqueuse qui la recouvre. Suture de la muqueuse. Fermeture de la paroi.

Les suites opératoires sont normales. Un dernier lavement baryté de contrôle montre que l'image lacunaire a disparu sur le colon transverse. Le siège de la colotomie n'est pas reconnaissable.

Revu quatre ans après, le malade qui a grossi de 10 kg se plaint toujours de constipation entrecoupée de diarrhée, mais il n'a plus présenté de crises obstructives.

L'examen de la pièce montre que la tumeur, qui a 30 mm sur 15, possède un pédicule large. Sa surface est lisse ; il n'y a aucune ulcération de la muqueuse.

Histologiquement, la lésion siège dans la sous-muqueuse. Elle est limitée par la muqueuse qui est appliquée sur elle, et en profondeur par la muscularis mucosae. Elle est formée par la juxtaposition de cellules adipeuses hyperplasiques, groupées en lobules que séparent de fines cloisons conjonctives. C'est donc l'aspect d'un lipome colique bénin. La muqueuse colique qui recouvre la tumeur est normale. Il en est de même de la muscularis mucosae. Les vaisseaux paraissent normaux. Certains d'entre eux traversent le lipome. Ils sont de morphologie normale.

(Observation DEBRAY et coll., Paris, 1963).

°
° °

Notre observation et les quatre observations de la littérature que nous rapportons ici illustrent parfaitement les caractères cliniques, radiologiques et chirurgicaux de ces tumeurs bénignes du tube digestif que sont les lipomes coliques.

Ces observations ont l'avantage de souligner le polymorphisme des symptômes révélateurs de cette affection. Ces symptômes sont généralement des complications. Parmi celles-ci, l'invagination, urgence chirurgicale majeure, est la plus fréquente.

É T I O - P A T H O G É N I E

Les conditions étiologiques sont, nous venons de le voir, variées, souvent difficiles et trompeuses. De l'étude d'ensemble des cas cliniques rapportés dans la littérature, nous pensons pouvoir dégager les notions suivantes quant à la fréquence de survenue selon l'âge, le sexe, la race et la localisation colique.

Ensuite, nous examinerons les facteurs favorisants.

AGE

Il n'y a pas d'âge privilégié pour la survenue du lipome colique. On en a trouvé à tous les âges. Le cas le plus précoce a été découvert chez un nourrisson de 10 mois ; le plus tardif, à 87 ans (D'JAVID). Néanmoins, la fréquence la plus grande se situe entre 40 et 60 ans (PEMBERTON). Cette période groupe près de 70 % des cas.

- Avant 20 ans	1
- 20 à 29 ans	7
- 30 à 39 ans	23
- 40 à 49 ans	47
- 50 à 59 ans	55
- 60 à 69 ans	20
- 70 ans et plus	6
- Non précisé	22

(MICHAUX)

C'est également l'avis de Ch. DEBRAY et coll. qui ont constaté, sur 71 cas où l'âge était précisé :

- 2 cas ont moins de 30 ans,
- 20 cas ont entre 30 et 50 ans,
- 42 cas ont entre 50 et 70 ans,
- 7 cas ont plus de 70 ans.

Cette période de la vie est superposable à celle dite "période du cancer". D'où la répugnance des chirurgiens à se satisfaire d'une ablation simple, méthode idéale certes, mais parfois aléatoire.

SEXE

Bien que certains auteurs pensent qu'il n'y ait pas de prédisposition particulière pour un sexe, il nous est apparu assez clairement, à travers les diverses statistiques de la littérature, que le lipome colique est plus fréquent chez la femme :

- D'JAVID : 159 cas de lipome colique chez la femme, sur un total de 254 observations, soit 63 pour cent.

- MICHAUX : 99 cas de lipomes coliques chez la femme sur un total de 161, soit 61,4 pour cent.

- Ch. DEBRAY trouve un pourcentage plus significatif encore : 49 cas de lipome colique chez la femme sur un total de 72 observations, soit 68 pour cent.

- P. BERTRAND et collaborateurs : sur trois cas rapportés, deux ont été observés chez la femme.

On peut donc admettre qu'il y a une nette prédominance féminine de lipome colique : deux femmes pour un homme.

RACE

C'est là un élément nouveau. A partir du cas unique que constitue notre observation, il serait hasardeux de tirer quelque conclusion que ce soit. Nulle part dans la littérature, il n'est fait mention de la race. Par ailleurs, il ne nous a pas été possible d'avoir d'autres renseignements utiles auprès des gastro-entérologues et chirurgiens tropicalistes de langue anglaise ou française. Ce dont nous nous excusons. Nous pensons toutefois qu'il n'est pas exagéré de dire que la race est un facteur indifférent quant au développement des lipomes coliques. Dans ce cadre nosologique, comme ce fut le cas dans beaucoup d'autres en pathologie, les esprits étant alertés, l'usage plus fréquent de techniques exploratrices plus perfectionnées, l'existence de terrains favorables (Le diabète n'est pas si rare chez les sujets de race noire, contrairement à l'opinion classique, et l'alcoolisme pourvoyeur d'accidents pancréatiques y fait des ravages.). Il est probable que d'autres cas de lipomes coliques survenant chez des sujets de race noire seront publiés.

FREQUENCE de la LOCALISATION COLIQUE du LIPOME

1°)- Du point de vue de la fréquence générale, tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que le lipôme du colon est une tumeur rare. Bien que, depuis quelques années, plusieurs cas aient été publiés, les statistiques les plus récentes donnent les mêmes pourcentages globaux et par rapport aux autres tumeurs bénignes ou malignes du tractus digestif.

Quelques chiffres :

- SCHOTTENFELD (1943) : 0,1 pour cent sur 4.063 autopsies ;
- CAMPOS FILHO (1949) : 0,1 pour cent sur 7.000 autopsies ;
- STAEMMLER : 0,05 pour cent.

Les enquêtes cliniques donnent des chiffres plus faibles :

- LONG et DOCKERTY, à la Mayo-Clinic (1949), ont dénombré, sur 125.000 laparotomies, 33 cas de lipomes coliques, soit 0,025 pour cent, ce qui est un pourcentage nettement plus faible.

2°)- Comparé aux autres tumeurs bénignes du tube digestif, BONIE et SWAN (1929) donnent les chiffres suivants :

Adénomes	19
Lipomes	8
Adénomyomes	5
Adénofibromes	2
Fibromes	1
Fibromyomes	1
Angiomes	1

Cette statistique donne un pourcentage de 21 pour cent. COMBORT (1931) considère le lipome comme la tumeur bénigne la plus fréquente après l'adénome, notion que confirment LONG et DOCKERTY (1949).

3°)- Considéré strictement du point de vue de sa localisation colique, nous pouvons dire que le lipome colique est plus fréquent que celui de l'estomac. Il paraît être rencontré aussi souvent que celui du grêle.

- Sur 180 cas étudiés, COMBORT donne la proportion suivante :

. Gros intestin	92
. Grêle	65
. Estomac	22
. Non précisé	2

- P. et A. DEROCQUE :

. Lipomes coliques .	52
----------------------	----

. Lipomes du grêle .. 49.

- En 1951, MICHAUX dénombre 181 lipomes du colon, tandis que, six ans plus tard (1956), RIVERS publiera 211 cas de lipomes du grêle.

4°)- Comparés à la fréquence des tumeurs malignes, les lipomes digestifs sont extrêmement rares. BOCKUS confirme ce fait. Il précise, en outre, que sur le nombre de morts dus au cancer aux U.S.A. en 1940, l'appareil digestif représente 48 % des cas et, parmi les différents organes, le colon et le rectum représentent 16 pour cent des cas.

Au total, nous pouvons dire, après l'étude des diverses statistiques, que :

a)- Le lipome colique est une tumeur rare par rapport aux tumeurs bénignes et aux tumeurs malignes du tractus digestif.

b)- Il est cependant la tumeur bénigne du tube digestif la plus fréquente après l'adénome ; un lipome pour dix adénomes.

c)- La fréquence de sa localisation colique est sensiblement égale à celle des lipomes développés sur le grêle.

FACTEURS FAVORISANTS

Il ne semble pas que la maladie soit héréditaire. Peut-être y a-t-il une certaine relation entre le lipome du tractus digestif d'une part, le diabète et le pancréas de l'autre. FELDMAN est de cet avis.

1°)- Lipome et hérédité.

La maladie n'est pas héréditaire. Jamais, dans une même fratrie, le lipome colique n'a été observé chez deux de ses membres. Tous les cas rapportés

sont isolés.

2°)- Lipome colique et diabète.

FELDMAN, en 1961, a noté que, sur 83 lipomes du tractus digestif découverts à l'autopsie, 18 pour cent s'étaient développés chez des diabétiques. Il existerait donc une certaine relation entre le lipome colique et le diabète. Cette constatation n'est pas dénuée d'intérêt. En effet, il est vraisemblable que ces malades diabétiques étaient soumis à une insulinothérapie au long cours. Dès lors, deux faits sont à remarquer qui résultent de l'action physiologique de l'insuline, d'une part sur le métabolisme du glucose et des lipides, sur les influences hormonales sur le tissu adipeux d'autre part.

a)- On sait que le tissu adipeux est sensible à certaines influences hormonales (adrénocorticotrophine hypophysaire ou ACTH, cortisone, insuline ...). Tandis que les cellules adipeuses d'origine primaire ou secondaire sont ordinairement dépourvues de glycogène, celui-ci devient abondant surtout dans les graisses primaires chez les animaux (rats) traités par l'insuline (FAWCETT, 1954).

b)- L'insuline accroît la captation du glucose par le tissu adipeux. Le glucose ainsi capté est, pour une faible part, transformé en glycogène et en grande partie catabolisé. Mais le catabolisme s'arrête au stade d'acétate actif (acétyl-coenzyme A) qui augmente la lipogenèse.

c)- L'insuline favorise la lipogenèse et diminue la lipolyse. Cette action est surtout évidente sur le tissu adipeux. La liposynthèse est doublée en présence de glucose seul, décuplée en présence d'insuline et de glucose.

Il est possible que ce mécanisme intervienne dans la genèse des lipomes coliques chez les diabétiques soumis à une insulinothérapie au long cours.

3°)- Lipomes coliques et lésions pancréatiques.

Dans 20 pour cent des cas, FELDMAN note la coexistence de lipomes coliques et de lésions pancréatiques nécrotiques ou pseudo-kystiques. Je n'ai pu trouver dans la littérature confirmation de cette hypothèse. Notre malade n'était pas diabétique et ne souffrait pas de troubles pancréatiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I/ - RAPPEL HISTOLOGIQUE DU TISSU ADIPEUX NORMAL.

La cellule adipeuse :

Différentes cellules peuvent contenir des lipides, mais certaines se chargent de graisse à un degré tel qu'elles se transforment en vésicules à contenu semi-liquide ; ce sont les cellules adipeuses. Elles remplissent des fonctions de protection, de résistance à la pression et de réserve nutritive. Leur diamètre varie de 50 à 150 μ . Rondes, elles sont fixes et peuvent changer de forme par pression réciproque. Elles renferment une goutte lipidique ; rarement, deux ou trois gouttes distinctes. Le cytoplasme est réduit à un fin liseré qui s'élargit en une zone qui contient le noyau et des chromosomes. Le noyau est refoulé et aplati par le contenu lipidique. C'est à partir d'acides gras apportés par le sang que le cytoplasme élabore les lipides, vraisemblablement sous l'influence des chondriosomes. La graisse est surtout constituée de glycérides (triglycérides d'acide palmitique, oléique et stéarique), des acides gras libres et une caroténoïde dont la teinte varie selon la région du corps et l'espèce animale. Chez l'homme, c'est un lipochrome jaune. L'abondance de la graisse varie selon l'état de nutrition. On en distingue deux types :

- La graisse de formation primaire, localisée dans la région périnéale et de coloration rose-brun.

- La graisse de formation secondaire, locali-

sée dans le tissu conjonctif sous-cutané (pannicule adipeux), le mésentère et le grand épiploon.

II/ - ASPECT ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES LIPOMES.

Les lipomes sont des tumeurs bénignes bien différenciées, composées de cellules graisseuses. Selon le lieu de leur développement par rapport aux différentes tuniques de la paroi colique, on distingue deux grands types :

- les lipomes sous-séreux et
- les lipomes sous-muqueux,

à côté desquels nous individualiserons :

a)- La lipomatose, plus fréquente sur le grêle que sur le colon, caractérisée par une infiltration diffuse de la sous-muqueuse "sans le moindre encapsulement" (EDWARD et ZANGARA). Elle peut siéger dans la paroi du sphincter iléo-caecal, comme le signale LEHMAN à propos de 14 cas.

b)- Le lipome de la valvule iléo-caecale : variété sous-muqueuse non exceptionnelle, localisée à une lèvre de la valvule de Bauhin.

c)- Les lipomes rétro-péritonéaux, c'est-à-dire rétro-coliques lorsqu'il s'agit de segments accolés. Ils se confondent avec le tissu adipeux sous-mésentérique et la différenciation d'avec celui-ci est souvent difficile.

1- Le lipome sous-muqueux.

La muqueuse et la tunique musculaire sont séparées par une sous-muqueuse, tissu conjonctif assez lâche qui permet le glissement de la muqueuse sur le plan musculaire pendant ses différentes phases d'activité. C'est dans ce conjonctif lâche que se développe le lipome colique sous-muqueux. Parfois, il

intéresse tout ou partie de la musculaire muqueuse qu'il dissocie. Les vaisseaux sanguins venus du méso se distribuent à la musculaire muqueuse, puis à la muqueuse. Ils peuvent traverser le lipome.

2- Le lipome sous-séreux.

Plus rare par rapport à la variété sous-muqueuse. Un cas pour dix lipomes sous-muqueux, selon LONG et DOCKERTY, d'ALONZO et P. et A. ROCQUEBERT. Pour Ch. DEBRAY, la proportion serait plus faible encore. Sur les 72 cas étudiés, il dénombre seulement 4 lipomes coliques sous-séreux, soit 5,5 pour cent, dont un mixte sous-séreux et sous-muqueux. D'JAVID trouve 8 lipomes sous-séreux sur 278 cas étudiés par lui. MOORE signale leur prédominance sur le grêle.

Il se développe sous le péritoine. La confusion est donc grande avec les franges graisseuses et le tissu adipeux mésentérique. Ainsi, les anciens auteurs considéraient-ils ce type anatomique comme banal, donnant rarement des signes cliniques ou tout au moins à un stade avancé de leur développement épousant des formes variées. Ils peuvent alors se manifester par des troubles de compression (ralentissement du transit, voire sub-occlusion), de traction avec rupture de leur pédicule. Ils réalisent, dans ce cas, des tumeurs libres pouvant se calcifier.

Bien que souvent pédiculées dans la cavité péritonéale, ces tumeurs ne se compliquent jamais de torsion. Pas un seul cas signalé dans la littérature.

LOCALISATION des LIPOMES sur LE COLON

Le tableau ci-dessous rapporte les statistiques de MICHAUX, de D'JAVID et de DEBRAY. Il donne un aperçu de la fréquence d'implantation des lipomes coliques sur les différents segments coliques et par comparaison avec celle des adénomes et des cancers.

LOCALISATION	ADENOMES	CARCINOMES	LIPOMES
Caecum	1 %	9 %	30,5 %
Colon ascendant et angle droit	1 %	14,5 %	18 %
Transverse	5 %	15,5 %	17 %
Colon descendant et angle gauche	13 %	14 %	13,5 %
Sigmoïde	81 %	47 %	14,5 %

Ces trois statistiques donnent des chiffres très comparables. On y constate que près de la moitié des lipomes siègent sur le caeco-ascendant. La localisation valvulaire iléo-caecale n'est pas rare : 5 cas sur 72, soit 7 % de l'étude de DEBRAY.

D'autre part, la comparaison avec les autres tumeurs coliques (adénomes et carcinomes) révèle que la fréquence des lipomes coliques augmente à mesure qu'on s'éloigne du rectum. C'est exactement l'inverse pour les adénomes et les carcinomes :

• Sur le sigmoïde :

- Lipome 14,5 %
- Adénome 81 %
- Carcinome 47 %

• Sur le caeco-ascendant :

- Lipome 48 %
- Adénome 1 %
- Carcinome 20 %

Incidence clinique :

Devant une tumeur apparemment bénigne du caeco-ascendant, c'est au lipome que l'on doit penser d'a-

bord. En effet, il y a cinq fois plus de chances qu'il s'agisse d'un lipome que d'un adénome (DEBRAY).

o o

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES

Les lipomes coliques sont de volume variable, allant de la taille d'un oeuf de poule à celle d'une tête d'enfant à terme (DEBRAY, NERI). ROGISTER a publié le cas d'un lipome sous-séreux pesant 2 kg.3 et mesurant 9 cm sur 24 cm, survenu chez un enfant de deux ans.

Leur coloration est jaunâtre, ce qui est en concordance avec la nature graisseuse de la tumeur et permet de les distinguer des autres tumeurs coliques dans la plupart des cas. Ce sont des tumeurs mollasses. Elles se déforment facilement et échappent généralement à la palpation, même lorsqu'elles ont une taille respectable.

Leur forme est arrondie ou ovalaire ; la surface est lisse, lobulée ou polylobulée. Les tumeurs sous-muqueuses peuvent être, soit sessiles avec une base d'implantation étroite ou large, soit pédiculées avec une base d'implantation large, ce qui leur permet une certaine mobilité en battant de cloche. Ces pédicules peuvent, dans certains cas, se rompre par torsion et nécrose, expliquant ainsi les expulsions spontanées. Il n'y a pas de pédicule propre du pied du lipome.

La muqueuse qui recouvre le lipome peut être normale ou être le siège d'altérations secondaires :

- infiltration inflammatoire qui donne à la tumeur un aspect rougeâtre, tuméfié, hémorragique, comme infarci ;

- ulcération nécrotique ; elle fait suite à l'inflammation et siège en général au sommet de la tumeur. Elle semble être l'apanage des gros lipomes

et est à l'origine de la plupart des hémorragies qui compliquent cette affection. La nécrose peut être complète. Elle entraîne alors l'élimination spontanée, ce qui est un mode de guérison. DEBRAY en rapporte un cas ; MANHEIM et PASKIN ont rassemblé 20 cas de ces éliminations spontanées qu'ils attribuent à la nécrose par torsion du pédicule ou à une invagination.

Trois mécanismes sont invoqués pour expliquer la survenue des ulcérations et des nécroses :

1°- Torsion du pédicule : il y a interruption de la vascularisation et nécrose secondaire.

2°- Etirement des vaisseaux qui transitent par le lipome pour arriver à la muqueuse.

3°- Thrombose des vaisseaux de la muqueuse (LONG et DOCKERTY).

Il est possible d'ailleurs que ces divers mécanismes s'imbriquent ; l'étirement ou la torsion favorisent la thrombose.

En outre, les ulcérations peuvent elles-mêmes être à l'origine de phénomènes inflammatoires vasculaires pouvant aboutir à la thrombose.

A la coupe, le lipome est limité par une capsule fibreuse qui envoie des cloisonnements dans la tumeur. L'existence de cette capsule permet l'énucléation chirurgicale du lipome non compliqué.

o o

ÉTUDE MICROSCOPIQUE

La tumeur a l'aspect habituel des lipomes circonscrits : Le tissu adipeux est entouré d'une capsule conjonctive qui permet une énucléation facile et qui envoie dans la profondeur des trabécules s'in-

sinuant entre les pelotons adipeux et lobulant la tumeur. Ce tissu conjonctif devient parfois prédominant ; il s'agit alors d'un fibro-lipome (MICHAUX en rapporte trois cas), et c'est dans ces travées conjonctives que cheminent les vaisseaux nourriciers du lipome.

Le tissu lipomateux proprement dit est constitué par de volumineuses cellules adipeuses dont le noyau est refoulé à la périphérie par la graisse et par des cellules plus petites dans lesquelles la graisse se présente sous forme de petites gouttelettes.

L'aspect est monomorphe. Le diagnostic histologique est donc habituellement facile. Dans la sous-muqueuse, il n'est pas rare de retrouver des lésions inflammatoires et congestives. DEBRAY l'a observé 13 fois sur 72 cas étudiés. Ces lésions s'accompagnent souvent d'ulcérations.

Fait important, ces lipomes ne dégénèrent jamais. Aucun cas incontestable de cette éventualité n'a été signalé dans la littérature. Les trois cas rapportés (SAMSON, 1960, WRIGHT et STERNBERG) n'étaient en fait que des lipomes cutanés ou rétro-péritonéaux.

o o

LIPOMES MULTIPLES

La coexistence de plusieurs lipomes chez un même malade est une éventualité rare. Certains auteurs néanmoins en ont signalé quelques cas :

- COMBORT : sur 14 cas de lipomes coliques, 6 ont une localisation double.
- DEBRAY : 2 cas de lipomes multiples sur 72.
- KAPLAN : 2 cas de lipomes multiples.
- DAVY et coll. : sur 92 cas colligés, ils

dénombrèrent 10 lipomes coliques multiples dont 8 doubles et 2 triples.

- Notre malade était porteur de 2 lipomes coliques.

Le chirurgien doit être averti de cette éventualité. Il devra faire un bilan opératoire soigneux manuel et au besoin instrumental (rectoscope).

o o

LIPOME ASSOCIE AU CANCER

Les statistiques sur ce point ne sont pas concordantes. Si certains auteurs en rapportent quelques cas :

- LONG et DOCKERTY : 8 cas d'association lipome colique et cancer, sur 33 cas de lipomes coliques étudiés;

- GUZBURG : 9 cas d'association sur 19 lipomes coliques étudiés;

- DEBRAY : 2 cas d'association;
d'autres, par contre, tels MICHAUX et D'JAVID n'en ont jamais rencontré.

Nous devons toutefois rappeler que l'âge de survenue du cancer est celui-là même où le lipome colique se développe volontiers.

ETUDE CLINIQUE

Le lipome colique reste longtemps latent. Il ne se manifeste cliniquement que lorsqu'il atteint une taille appréciable de 2 à 3 centimètres de diamètre au moins selon nombre d'auteurs, soit par des troubles du transit, soit par des hémorragies ou plus fréquemment par une invagination. En fait, le lipome colique reste, dans la majeure partie des cas, une découverte d'autopsie. Nous prendrons comme type de description le lipome sous-muqueux non compliqué, de beaucoup le plus fréquent.

Nous envisagerons successivement sa symptomatologie clinique, les données de la radiologie, les rapports du lipome colique avec les parasitoses du tube digestif, enfin la conduite thérapeutique.

o o

I/ - SIGNES FONCTIONNELS.

Le tableau est dominé par la triade symptomatique : douleur, trouble du transit, et les hémorragies.

1)- La douleur.

De type variable :

Simple gêne, pesanteur parfois, elle prend souvent l'aspect de crampes ou de coliques qui surviennent par crises.

Elles sont sourdes, diffuses à toute la région sous-ombilicale, avec des paroxysmes fugaces et capricieux.

S'accompagnent ou non de troubles du transit.
Ce signe est très fréquemment signalé :

- MICHAUX, dans 134 cas sur 181, soit 74 % ;
- DEBRAY, dans 58 cas sur 72, soit 79 % ;
- DAVY, dans 21 de ses observations ;
- BERTRAND, trois fois sur trois cas publiés.

Elle est retrouvée chez notre malade. Selon DEBRAY et collaborateurs, ces douleurs seraient liées à une colopathie spasmodique ou à une colite parasitaire. A ce propos, nous dirons simplement que notre malade était un amibien et que ses ennuis avaient cessé après l'ablation du lipome.

2)- Les troubles du transit.

Ils sont également fréquents et consistent en une diarrhée intermittente ou en des alternances de diarrhée et de constipation. Les diarrhées existent une fois sur quatre. Elles sont glaireuses ou franchement dysentériques. Ces troubles du transit sont souvent très anciens.

3)- Les hémorragies.

Ce sont des rectorragies de sang rouge ou brunâtre, plutôt que du melaena.

Elles s'accompagnent souvent de diarrhée ; ce fut le cas chez notre malade. Par leur abondance ou par leur répétition, elles peuvent entraîner une certaine anémie. DEBRAY en signale 6 cas sur 26 lipomes coliques avec hémorragie.

La fréquence des hémorragies n'est pas moindre :

- D'JAVID : 48 % des cas rapportés,
- MICHAUX : 32 % " " ,
- DEBRAY : 1 cas sur 3.

Ces saignements sont dus :

- soit à une invagination,
- soit à une ulcération du lipome,
- soit à une inflammation de la sous-muqueuse.

Dans un nombre de cas non négligeable, aucune étiologie n'est retrouvée.

II/ - SIGNES GÉNÉRAUX.

L'état général des malades porteurs de lipome colique est souvent altéré. Ce signe est noté dans 15 à 20 % des cas (MICHAUX, DEBRAY). Nous l'avons également noté chez notre malade. L'amaigrissement peut être considérable, plus ou moins bien supporté selon l'état antérieur.

La perte de poids varie d'un à plusieurs kilogrammes, avec asthénie psycho-somatique. MICHAUX donne le chiffre de 10 kg pour l'une des observations étudiées et WALSTROM celui de 18 kg.

Cet amaigrissement est dû sans conteste :

a- à la diarrhée, fréquente, avec déshydratation importante ;

b- à un régime alimentaire carencé par son insuffisance ou souvent exclusif que le malade s'impose devant la persistance des douleurs ou des troubles du transit ;

c- les douleurs : l'amaigrissement paraît proportionnel à l'intensité des douleurs.

III/ - SIGNES PHYSIQUES.

La palpation abdomino-pelvienne est souvent muette. Rarement, cependant, une masse abdominale est palpée :

- MICHAUX, dans 53 % des cas,

- D'JAVID, dans 30 % des cas,
- DEBRAY, dans 17 % des cas.

La masse palpée est plus ou moins volumineuse, plus ou moins sensible, plus ou moins mobile. Elle est mollassse, avec vague sensation d'empâtement profond. Elle est mate à la percussion. C'est donc bien le lipome qui est ainsi directement palpé. Cependant, pour DEBRAY et collaborateurs, cette masse correspond plus souvent à un boudin d'invagination. Le tableau ci-dessous donne les proportions statistiques selon MICHAUX, D'JAVID, DEBRAY.

	MICHAUX 181 cas	D'JAVID 278 cas	DEBRAY 72 cas
Masse palpable	53 %	30 %	17 %
Invagination	—	32 %	35 %

Au total, la symptomatologie clinique du lipome colique est pauvre. L'invagination, qui est une complication fréquente, sera étudiée au chapitre des formes cliniques. C'est donc sur l'exploration radiologique que repose le diagnostic positif de cette tumeur.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

C'est l'examen de choix. Il permet de visualiser la tumeur, de la situer et, par l'analyse de certains signes particuliers de préciser sa nature.

A) - TECHNIQUES RADIOLOGIQUES.

Le malade doit être parfaitement préparé. Il faut préférer un régime sans résidu aux grandes purgations préconisées par les Anglo-saxons. Les lavements préalables doivent être soigneux, bien que les matières résiduelles représentent une cause d'erreur moindre que pour l'adénome colique, ceci à cause du volume généralement plus important du lipome et surtout de son siège plus fréquent sur l'hémi-colon droit, segment moins statique que le gauche.

La baryte utilisée doit être de densité convenable, ni trop dense ni trop fluide. On aura recours :

1- aux techniques classiques :

- compressions dosées,
- insufflation,
- modificateurs du comportement (calcium, atropine, prothéline probantine) qui lèvent les spasmes,
- utilisation de laxatifs, de lavements tannants et d'insufflation (auteurs scandinaves).

Les clichés seront pris en série et sous incidences variées (rayons obliques de R. LE CANUET).

2- aux techniques modernes :

- radio-cinéma (L. SEGAL de Reims), qui révèle, mieux que les clichés standards, la mobilité du lipome. La tumeur se mobilise vers l'amont en reptation, vers l'aval en évacuation.

Un temps spécial de l'examen doit être réservé à l'étude de la valvule iléo-caecale, siège fréquent des lipomes coliques.

B)- ASPECT RADIOLOGIQUE DU LIPOME COLIQUE.

1)- Il s'agit d'une tumeur bénigne.

Sur les clichés radiographiques, on peut voir :

- une lacune de dimension variable, bien limitée, à contours réguliers, ronde ou ovalaire, plus ou moins saillante dans la lumière colique.

Sa taille est au moins égale à celle d'une noix. Elle se raccorde à la paroi colique suivant un angle droit s'il s'agit d'un lipome sessile, ou suivant un angle aigu dans le cas d'un lipome pédiculé. Ce pédicule est alors visible et se présente, sur certains clichés, sous la forme d'une bande claire, peu large, prolongeant la clarté du corps de la tumeur. La paroi colique voisine est toujours souple ; les plis sont normaux ou discrètement refoulés.

Au cours de l'examen, la tumeur peut subir un certain déplacement dans le sens de la longueur du colon. Aussi, le radiologue ne peut donner qu'une localisation approximative. Le chirurgien doit en être averti.

2)- Caractères particuliers au lipome colique.

La nature bénigne de la tumeur étant affirmée, il reste à préciser qu'il s'agit bien d'un lipome en examinant certains caractères propres aux lipomes.

Ces caractères particuliers ont été décrits par GINGBURG, HENDERSON, MARGULIS et par Ch. DEBRAY.

1- Hyperclarté du lipome.

Pour HENDERSON, le lipome est la plus claire de toutes les tumeurs. Cette hyperclarté serait due au fait que la graisse lipomateuse est moins dense, donc plus transparente que les autres tissus.

On a pensé que le lipome colique pourrait se traduire radiologiquement par une clarté visible sur les clichés standards sans préparation. Ce signe, vrai pour les lipomes cutanés, est faux pour le lipome du colon dont l'épaisseur est bien faible par rapport aux tissus abdominaux. Et puis, s'il existait, la confusion serait à craindre avec les clartés gazeuses quasi constantes sur les radiographies de l'abdomen.

Par contre, sur le colon rempli de baryte, il y aurait une différence, bien que peu significative, avec les tissus de voisinage (expériences de HENDERSON et de MARGULIS).

2- Régularité du lipome colique.

Ce signe n'est pas constant. Il se retrouve également dans les adénomes. Par ailleurs, les contours lisses et réguliers du lipome subissent, lors de l'examen radiologique, des lobulations donnant à la tumeur un aspect verruqueux.

3- Variabilité de forme du lipome colique.

Le lipome est fait d'une masse molle, facilement déformée par les pressions coliques et les compressions. Sa forme est donc des plus variables ; d'arrondi, il peut devenir ovalaire ou filiforme. Excellent signe de diagnostic radiologique, mais il faut tenir compte de la cause d'erreur que représente

la modification des ombres radiologiques selon l'incidence des rayons.

4- Le liseré opaque circulaire.

Ce signe est signalé pour la première fois par Ch. DEBRAY et coll.. Il est retrouvé depuis par d'autres auteurs. Son mode de formation reste inexpliqué. Ce signe n'existe pas dans l'adénome. Il est donc d'un intérêt certain pour le diagnostic différentiel d'avec cette dernière tumeur.

5- Pédicule.

On considère en général :

- qu'un pédicule mince et long signe l'adénome,
- qu'un pédicule court et large est au contraire en faveur d'un lipome (HENDERSON).

6- Dimensions du lipome colique.

Le lipome est généralement plus volumineux que l'adénome. Ainsi, une tumeur d'apparence bénigne, dont les dimensions sont celles d'un oeuf de poule ou davantage, a beaucoup plus de chances d'être un lipome colique qu'un adénome.

Rien n'est moins sûr en cas d'une tumeur plus petite.

7- Localisation de la tumeur sur le colon.

Les lipomes sont plus fréquents sur la partie droite du cadre colique. Les adénomes, eux, prédominent sur le colon gauche.

Ainsi, pour nous résumer, les éléments essentiels qui, à l'examen radiologique, font penser au

lipome, sont, par ordre d'importance décroissante, les suivants :

- tumeur d'aspect bénin, transparent,
- siégeant sur l'hémi-colon droit,
- de taille appréciable, mollassse,
- à pédicule court et large,
- avec contours réguliers, nettement cernée par un liseré opaque,
- susceptible de se déformer sous l'effet des pressions coliques ou la compression.

AUTRES FORMES CLINIQUES

A)- SELON LA LOCALISATION SUR LE COLON.

1- Forme caecale.

Elle simule volontiers une appendicite aiguë ou chronique :

- douleur dans la fosse iliaque droite,
- vomissements,
- poussées fébriles.

A l'intervention, l'appendice est sain. Mais la présence d'une tumeur mollassse sous muqueuse qui saille dans le caecum est d'emblée frappante.

2- Forme colique droite.

Elle oriente le diagnostic vers une pathologie vésiculaire :

- nausées,
- vomissements,
- pesanteur post-prandiale,
- crise douloureuse de l'hypochondre droit.

3- Forme rectale.

- Pesanteur rectale,
- Douleur à l'évacuation,
- Ténésmes, épreintes,
- Sensation de corps étrangers,
- Prolapsus parfois.

Le toucher rectal et l'endoscopie permettent un diagnostic rapide.

4- Lipome colique sous-séreux.

La symptomatologie de lipomes de cette localisation dépend de leur volume. En fait :

- Les douleurs sont fréquentes.
- L'invagination de même.
- L'hémorragie accompagne constamment l'invagination.

L'image radiologique est celle d'une tumeur bénigne du colon. Le diagnostic de certitude est histologique.

5- Lipomes multiples coliques.

Quelques cas de lipomes multiples, généralement doubles, ont été observés : COMBORT : 6 sur 14 cas ; DEBRAY, 2 cas.

Leur symptomatologie est fonction de leur siège colique et rejoint par conséquent les formes précédentes : notre malade.

B)- FORMES ASSOCIEES.

Des formes diverses d'associations ont été décrites, réalisant une symptomatologie polymorphe. Citons :

- Lipome colique et fibrome.
- Lipome colique et kyste ovarien.
- Lipome colique et appendicite.
- Lipome colique et cholécystite.

Lipome colique et cancer

Cette association existe, mais heureusement elle est peu fréquente.

LONG et DOCKERTY rapportent 8 cas de cancer sur 33 lipomes coliques.

GINZBURG note 9 cancers sur lipomes.

DEBRAY en observe un sur 72 lipomes coliques étudiés.

Aucun cas de cancer dans les statistiques de MICHAUX ni de D'JAVID.

Lipome colique et cancer provoquent les mêmes troubles :

- troubles du transit avec alternance de diarrhée et de constipation,
- anorexie, vomissements,
- douleurs abdominales vagues,
- rectorragie ou meloena ...

Cependant, l'altération de l'état général et l'amaigrissement sont plus marqués. L'examen n'apporte que peu d'éléments au diagnostic différentiel, si ce n'est la radiographie qui oriente parfois vers un lipome.

Lipomes coliques et parasitose

Nous devons, à ce propos, considérer trois faits :

1°- L'hypothèse émise par Ch. DEBRAY et ainsi formulée par l'auteur : "On peut se demander si certains de ces symptômes : douleurs, troubles du transit, hémorragies, ne sont pas dus à une autre cause (colopathie spasmodique ou colite parasitaire, par exemple). C'est à cause d'elles que l'examen radiologique est pratiqué, examen qui découvre un lipome latent. C'est ce qui s'est passé dans notre observation n° 1 où les troubles du transit d'origine colitique persistèrent intégralement après l'ablation du lipome".

2°- L'opinion de mon Maître Mr. le Professeur Maurice RAYET, selon laquelle il existerait des rap-

ports étroits de causalité entre la persistance des colitiques de l'amibiase chronique et la présence de malformations coliques (colon diverticulaire, mégacolon, ...).

3°- Notre propre observation, où nous rapportons le cas d'un malade, ancien amibien certes, mais qui, malgré la négativité des examens coprologiques successifs, était étiqueté "amibien chronique" et traité comme tel précisément à cause des symptômes qu'il présentait, en tous points curieusement superposables à ceux du lipome colique. C'est en fonction de l'opinion de Mr. PAYET que le lavement baryté fut demandé. Or, au lieu d'anomalie anatomique au niveau du colon, les clichés ont visualisé deux lipomes coliques.

Quoi qu'il en soit, en raison même du développement de séquelles variées que provoquent nombreuses parasitoses aiguës du tractus digestif, nous pensons que l'hypothèse émise par Mr. Ch. DEBRAY mérite de retenir l'attention.

C)- FORMES COMPLIQUÉES.

1- Lipome invaginé.

L'invagination est la complication majeure fréquente du lipome colique dont elle représente très souvent la première manifestation. Cette fréquence est liée au fait que le lipome est une tumeur relativement volumineuse et que son pédicule assez court entraîne plus facilement la paroi.

Cliniquement, il se caractérise :

- soit par un syndrome subocclusif qui se répète et qui a tendance à se résoudre spontanément.

Quelquefois, à cette occasion, on palpe un boudin d'invagination. Le lavement baryté visualise des images typiques.

- soit par un tableau d'occlusion aiguë du

gros intestin avec douleur, arrêt des matières et des gaz, vomissements et ballonnement abdominal important. La radiographie est typique, avec niveaux liquides, aspect en cupule, en cocarde, en trident.

2- L'élimination spontanée du lipome colique.

Non exceptionnelle, elle constitue un véritable mode de guérison. Elle survient en général chez des malades dont le lipome a été jusque là silencieux. Brusquement, apparaissent de violentes douleurs abdominales paroxystiques, accompagnées d'un syndrome subocclusif, parfois des troubles de type sigmoïdien faits de ténosme et d'épreintes, accompagnées d'une hémorragie de sang rouge. Puis, le lipome est éliminé par les voies naturelles. Il est retrouvé par le malade dans ses selles. Les lipomes ainsi expulsés sont en règle volumineux et bas situés, rectum ou sigmoïde, rarement sur le colon transverse (1 cas) et même sur le colon ascendant (1 cas).

Toutes les observations sont comparables à celle du malade de PLATZECK qui évacue, à son entrée à l'hôpital, une masse grosse comme une petite pomme, analogue à de la viande grasse et saignante. Cette éventualité est interprétée comme la torsion, puis la nécrose du pédicule du lipome.

T R A I T E M E N T

Le traitement est essentiellement chirurgical, parce que :

1- le lipome colique donne des complications qui peuvent mettre en danger la vie du malade ;

2- il s'agit d'une tumeur ;

3- si la transparence particulière de cette tumeur fait soupçonner un lipome, le doute persiste toujours quant à la nature bénigne ou maligne de cette tumeur ;

4- les expulsions spontanées sont rares et souvent accompagnées d'hémorragie de sang rouge.

La technique chirurgicale est variable selon qu'il s'agit d'un lipome simple, d'un lipome compliqué ou d'un lipome associé à un carcinome.

A)- Ablation simple.

C'est la méthode idéale. Après colotomie, on procède soit à la section du pédicule, soit à l'énucléation après incision de la muqueuse en cas de lipome sessile.

L'énucléation est facile, en raison du plan de clivage qui sépare le lipome du tissu sain.

Cette méthode s'applique aux lipomes simples non compliqués.

B)- Résection limitée avec suture termino-terminale ne s'impose que lorsque la muqueuse est oedématisée et friable.

C)- Résection étendue par hémicolectomie droite nécessaire, lorsque les lésions coliques sont plus étendues du fait d'une invagination chronique ou que le doute subsiste sur la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

Le pronostic d'ensemble est bon. La guérison sans complication est pratiquement la règle pour tous les cas.

	MICHAUX 161 cas	Ch. DEBRAY 61 cas
Ablation simple	60 37,5 %	20 33 %
Résection limitée	82 51 %	24 39 %
Résection étendue		16 26 %
Expulsion	19 11,5 %	1 1,5%
TOTAL	161	61

POURCENTAGE des DIFFÉRENTES MÉTHODES CHIRURGICALES
EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DES LIPOMES COLIQUES

CONCLUSIONS

Les lipomes coliques n'ont plus, aujourd'hui, ce caractère exceptionnel qui autrefois faisait de ces tumeurs bénignes une curiosité scientifique. Depuis la première observation clinique rapportée par BAUER en 1757, de nombreuses publications leur sont assez régulièrement consacrées en France et dans le monde.

Pour notre part, à propos d'une observation de lipome colique double survenu chez un sujet de race noire, ancien amibien "passé à la chronicité", et compte tenu de diverses hypothèses tendant à lier lipome colique et parasitoses du tractus digestif, nous avons tenté de faire le point des connaissances actuelles. Il se dégage de notre étude deux séries de notions :

- LA PREMIERE : L'affirmation des notions classiques et leur meilleure codification permettant plus régulièrement un diagnostic sûr et aisé de cette tumeur colique.

. Anatomique :

Le lipome colique est une tumeur colique rare, bénigne, souvent unique ; il peut être double, voire triple. Rarement associé à un carcinome, il ne dégénère jamais. Le type sous-muqueux est quelquefois le siège d'altérations ischémiques ou nécrotiques. La muqueuse qui le recouvre est indemne, inflammatoire ou ulcérée.

. Clinique :

Longtemps latent, sa symptomatologie est fruste, imprécise, faisant errer dangereusement le diagnostic. Parfois bruyant, c'est alors une complication majeure, fréquente, l'invagination, révélatrice de l'affection.

. Radiologique :

Les caractères radiologiques particuliers du lipome colique, précisés et connus, et l'usage de techniques nouvelles (radiocinéma) sont d'un intérêt diagnostique certain.

. Thérapeutique :

Essentiellement chirurgicale. Elle se limitera à l'énucléation simple dans les formes non compliquées. Dans les autres cas, recourir à la résection la plus économique possible.

Les suites opératoires sont des plus simples.

- LA SECONDE : L'exactitude des hypothèses suivantes :

1- Association lipome colique et diabète.

Nous savons que le tissu adipeux est sensible à certaines influences hormonales - A.C.T.H., Cortisone, ..., que d'autre part l'insuline, par son action sur le métabolisme des glucides et des lipides, favorise la lipogenèse.

Nous croyons donc qu'il n'est pas hasardeux de penser que ce mécanisme intervient dans la genèse des lipomes coliques chez les diabétiques soumis à une insulinothérapie au long cours.

2- Lipome colique et parasitose.

Le cas de notre malade est peu démonstratif, puisque, contrairement à celui de Ch. DEBRAY et collaborateurs, tous les symptômes ont régressé après l'ablation des deux lipomes coliques. Il n'en demeure pas moins vrai que de nombreuses parasitoses aiguës du tractus digestif s'accompagnent de lésions cicatricielles séquellaires qui sont à l'origine de coliques spasmodiques intermittentes qui perturbent l'équilibre psycho-somatique de ces malades. La dysenterie amibienne en est un cas typique.

Par ailleurs, nous avons la conviction que, dans le cas particulier, notre observation offre une voie d'approche intéressante, tant diagnostique que thérapeutique, dans les cas de syndrome digestif avec douleurs abdominales et troubles du transit en milieu d'endémie parasitaire.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

J. BAUMANN

Le Président
de la thèse,

N. PAYET

B I B L I O G R A P H I E

- BANNA R.G.- Iléo-caeco-colic invagination due to lipoma of the cecum.- Gazz. Int. Med. Chir. 70 : 1239-53, Aug. 65.
- BECKER J.A., WEISS R.M., SCHIFF M. Jr., LYTTON B.- Pelvic lipomatosis. A consideration in the diagnosis of intrapelvic neoplasme. (Eng.) 100, 94-6, Jan. 70, Arch. Surg. (Chicago). Aged ; Bladder/radiography ; Diagnosis differential ; Follow-up studies ; Human ; Male ; Middle age.
- BELTZ L.- Subserous colonic lipoma.- Fortschr. Roentgenstr. 101: 320, 1 Sept. 64.
- BENCISTENDI V.- On sublumosal lipoma of the intestine (case contribution).- Chir. Ital. 17 : 76-91, Feb. 65.
- BERTRAND P. et coll.- Lipomes du colon (A propos de 3 observations).- J. Méd. Lyon 50, (1157), 115-117, Janv. 1969.
- BRAVO J.L.- Lipoma of the large intestine.- Rev. invest. clin. 16 : 325-30, Jul.-Sept. 1964.
- CANCRO P., CALDERNI - Benign tumors of the large intestine.- Clinical Contribution 16 : 131-45, 1963.

CHATELIN Cl.- Lipoma of Bauhin's valve.- Confront.
radio-anatomo-clin. 10 : 39-40, 17 April 1965.

Contributo alla conoscenza del lipoma del colon.-
Minerva Med., vol. 58, n° 66, Août 1967, p.2867.

CRISMER R.- Pedicled lipoma of Bauhin's valve.-
Confront radio-anatomo-clin. 10 : 39-40, 17
April 1965.

DARGENT M.- A propos des lipomes du colon.- Arch.
Mal. App. dig., 53 : 1035, 8 Sept. 1964.

DAVIS W.C.- Lipoma of the colon : A possible cause of
simple non-specific ulcers of the colon.-
Amer. Surg. 28 : 749-53, Nov. 1962.

DAVY A. et coll. - Les lipomes du colon.
Rev. Méd. Normande 10 (6), 413-432, Juin 1968.

DEBRAY Ch.- Lipomas of the colon.- Arch. Mal. App.
dig. 52 : 883-908, Sept. 1963.

DEEB Ph.- Lipomas of the colon.- Amer. J. Gastro-ent.
39 : 150-60, Feb. 1963.

PERROTIN - HUGUET - Diagnostic des tumeurs coliques.
Revue du Praticien, 1963, 13, 153-166.

DISSARD P.- Formes anatomo-cliniques des tumeurs bé-
nignes du colon et du rectum. Traitement et
diagnostic.- Cah. Méd. Lyonn. 42 (30), 2415-
2425, Déc. 1966.

FERRI G.G.- On the possibility of a radiologic diag-
nosis of lipoma of the colon.- Quad. Radiol.
30 : 247-63, Jan.-Jun. 1965.

FIGLIOLINI - Submucous subserous lipoma of the colon:
report of a case.- Dis. Colon rectum 7 : 309-
14, Jul.-Aug. 1964.

FISCHER W.- Intussusception of the descending colon and volvulus of the transverse colon.-

Rocky Mountain Med. J. 61 : 44, 6, Oct. 1964.

FONTAINE R.- Radiological aspects of lipomas of the right colon.- J. Radiol. Electr. 44 : 407-12, Jun.-Jul. 1963.

FRAISE AM MUSI A. PATERSON G.- Submucous lipoma of the colon (SPA).- Prensa Med. Argent. 56, 369-71, 25, Apr. 1969.

Colonic neoplasma/Pathology : lipoma/Pathology ; human, male, middle age.

FRATI P., DARI P.- An unusual cause of intestinal occlusion in the adult. Ileo-colic invagination caused by submucosal lipoma of the ileo-cecal valve. (Ita.). Ospec Ital. Chir. 18, 59-65, Jan. 1968.

Cecal neoplasms complications ; ileocecal valve ; intestinal obstruction etiology ; aged ; colonic diseases/etiology ; human ; ileum ; male.

FURSTE W.- The gastro-intestinal submucosal lipoma, a cause of bleeding and pain.- Amer. J. Surg. 106, 903-9, Dec. 1963.

GALLIA STAMPINO C., MAFFIOLINI S.- On a case of cecal fibrolipoma with ileo-ceco-colic invagination. (Ita.).- Minerva Med. 59, 3873-9, 15 Sept. 1968.

- Cecal neoplasms complications ; colonic diseases etiology ; ileum ; intussusception etiology. Adult ; Female ; Human.

GIORDANO L.- On a voluminous lipoma of the descending mesocolon.- Friuli Med. 19, 417-20, May-Jun. 1964.

HALLER J.D.- Lipomas of the colon : a clinico-pathologic study of 20 cases.- Surgery (St-Louis), 55 : 773-81, June 1964.

HALLQUIST S.- Submucous colonic lipoma.- Radiologe.

3 : 392-4, Oct. 1963.

KISS D.R., NAHAS P., VASCONCELOS E.- Submucous lipoma of the sigmoid complicated by colonic intussusception. (Eng.) - Int. Surg. 50, 552-8, Dec. 1968.

KNECHTGES, PIGGY-BACK - Adeno-papillomas over lipomatosis of the ileo-cecal valve.- Dis. colon rectum 1970, 13, 255/8, Mai-Juin.

LAFITTE - Lipome de l'intestin grêle.- Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1968, 119 : 1009-14.

Lipoma of the ileum complicated by ileo-cecal invagination.- Pol. prezegl Chir. 42 : 96-8, Janvier 1970 - Pologne.

PROKOS G.- Lipomas of the large intestine (a brief description a prop. of the 2 cases treated by surgery).- Hellen Cheir. II : 253-61, May-Jun. 1964.

LE CANUET R.- Les tumeurs bénignes du colon.- Actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel-Dieu, N° 4, Oct.-Déc. 1966, p. 228.

REMINGNON - Contribution à l'étude des lipomes sous-muqueux du colon.- Thèse, Lyon, 1953.

ROGISTER G.- Voluminous subserous lipoma of the left colon.- Journal de Chirurgie Paris, 87 : 61-4, Janvier 1964.

SCALTRITI F.- Lipoma of the transverse colon.- Minerva Med. 55 : 2, 298-301, Jul. 28, 64.

SHIPEROVA R.I., VLASOV V.V.- Sigmoid invagination caused by lipoma. (Rus.)- Vestn khir. Grekov. 97, 129, Nov. 1966.
Intussusception etiology ; lipoma complications ; sigmoid neoplasms complications.
Case report ; Female ; Human ; Middle age.

- SCHLOSSER D., CONSIGLIO L.- Submucous colonic lipomas. (Ger.) - Bruns Beitr. Klin. Chir. 216, 414-8, Aug. 1968.
- STEVENS G.M.- The use of a water enema in the verification of lipoma of the colon.- Amer. J. Roentgen. 96 : 292-7, Feb. 1966.
- SWAIN V.A., YOUNG W.F., PRINGLE E.M.- Hypertrophy of the appendices epiploicae and lipomatous polyposis of the colon. (Eng.) - Gut. 10, 587-9, Jul. 1969.
- VAN DAMME J.- Angiolipoma of the colon.- Acta Gastro-
nent. Belg. 27 : 750-7, Déc. 1964.
- VIO A. GALLIANI A.- On lipomas of the colon. (Ita.). Arch. Ital. Mal. App. Dig. 33, 577-90, Nov.-
Déc. 1966.
- WARSAL N.F., MILLER E.R. Jr.- Submucous lipomas of the colon. Report on five cases. (Eng.) - Delaware Med. J. 41, 173-7, Jun. 1969.
- WOZNIENSKI A.- Intussusception of the sigmoid caused by submucous lipoma. (Pol.) - Pol. Tyg. Lek. 23, 1976-7, 16 Dec. 1968.
- WYCHULIS A.R.- Submucous lipomas of the colon and rectum.- Surg. Gynec. Obstet. (Chicago), 118: 337-40, Feb. 1964.
- ZILLI L.- Lipomas of the large intestine.- Actas. Chir. Ital. 19 : 1091-108, Nov.-Déc. 1963.
-

